Deutscher Bundestag **Drucksache 18/8982**

18. Wahlperiode 29.06.2016

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/8687 –

Pflegebetrug durch ambulante private Pflegedienste

Vorbemerkung der Fragesteller

Laut aktuellen Medienberichten soll sich in den letzten Jahren in der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung ein Betrug mit Schäden in mindestens dreistelliger Millionenhöhe pro Jahr ereignet haben, vor allem im Bereich der häuslichen Krankenpflege von Schwerstkranken und Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, (www.welt.de/print/wams/wirtschaft/article154429124/Gefaehrliche-Pfleger.html). Hinter diesen kriminellen Handlungen stecken laut Bundeskriminalamt organisierte Gruppen. Je nach Modell sind Ärztinnen und Ärzte beteiligt, die Verordnungen ausstellen, die nicht benötigt werden, oder vorgeblich Pflegebedürftige, die ihre Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit teilweise oder vollständig vortäuschen. Zudem ist es bei Schwerstkranken und Intensivpatienten offenbar zu Fällen gekommen, in denen notwendige Leistungen unter Mitwisserschaft von Angehörigen nur teilweise erbracht wurden.

Im Zentrum dieser Modelle stehen nach bisherigen Erkenntnissen private Pflegedienste, die Leistungen abrechnen, die nicht erbracht wurden. Das Betrugsmodell soll funktionieren, weil zum Schutz der Privatsphäre in privaten Wohnungen „die Kassen keine Möglichkeit für unangemeldete Prüfungen in der Krankenpflege hätten“ (FAZ, 20. April 2018).

Zwar kam es „in den vergangenen Jahren bundesweit“ zu „deutlich mehr als hundert Strafverfahren“, in denen die „Ermittler der Landeskriminalämter aus ihrer Sicht eindeutige Belege für Kassenbetrug im großen Stil zusammengetragen hatten“. Allerdings stellten die „Staatsanwaltschaften die Ermittlungen teils ergebnislos ein“ (DIE WELT, 18. April 2016). Der Städte- und Gemeindebund führt dies darauf zurück, „dass die wenigsten Staatsanwaltschaften Personen haben, die auf Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen spezialisiert sind“ (DIE WELT, 18. April 2016).

In den wenigen Fällen, in denen es zu Verurteilungen kam, führten diese allerdings nach Aussage der AOK Niedersachsen zu „oft keinen langfristigen Effekt(en)“, weil es sich „(m)eist […] um Bewährungsstrafen“ handelte, und „die

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28. Juni 2016 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Hintermänner […] rasch wieder neue [private] Pflegedienste“ aufmachen, um weiterhin „illegalen Profit“ zu erzielen (Der Tagesspiegel, 22. April 2015).

Diese seit Jahren bestehenden Missstände sollen nun mit verschärfter Kontrolle, (Straf-)Verfolgung, Hausdurchsuchungen und Razzien bis hin zu „verdeckte(n) Ermittlern“ bekämpft werden (Karl-Joseph Laumann, Frankfurter Rundschau, 23. März 2016). Die grundlegenden Probleme einer fragmentierten, häufig in privater Hand befindlichen Pflegelandschaft, die Intransparenz, Ineffektivität und Betrugsanreize hervorbringen, („Dickicht der Pflegedienste“, DIE WELT, 23. April 2016), rücken bis jetzt wenig ins Blickfeld.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Aus Sicht der Bundesregierung muss gegen Betrug im Gesundheitswesen und in der Pflege konsequent vorgegangen werden. Betrügerisches Verhalten schadet den Patientinnen und Patienten bzw. den Pflegedürftigen und ihren Angehörigen, aber auch der Solidargemeinschaft der Beitragszahler. Auch der großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden Leistungserbringer wird durch kriminelles Verhalten Einzelner Schaden zugefügt, wenn der Ruf einer ganzen Branche leidet.

Die Bundesregierung setzt daher auf ein Ineinandergreifen von Instrumenten zur Aufdeckung und zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug sowie von Maßnahmen mit präventiver Wirkung. Entscheidend ist darüber hinaus die wirksame Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure: Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger auf der einen Seite und Polizei und Staatsanwaltschaften als Ermittlungsbehörden auf der anderen Seite.

Eine zentrale Rolle nehmen dabei die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein, die in Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 bei Krankenkassen, Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden. Diese Stellen gehen (auch anonymen) Hinweisen auf Korruption und Abrechnungsbetrug nach und arbeiten eng mit den zuständigen Ermittlungsbehörden zusammen.

Für die Aufdeckung von betrügerischem Verhalten ist der Datenaustausch zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern von großer Bedeutung. Bereits mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden zum 28. Dezember 2012 die Zusammenarbeit und der Datenaustausch zwischen Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfeträgern verbessert. Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. dienen nicht nur der Aufdeckung von Betrug, sondern entfalten auch eine präventive Wirkung. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2016 klargestellt, dass der MDK, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen Anlasskontrollen auch in der ambulanten Pflege unangemeldet durchführen können. Zudem wurde eine Pflichtprüfung der Abrechnungen durch den MDK, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen eingeführt.

Das am 4. Juni 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen hat nicht nur die neuen Straftatbestände der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen und der Bestechung im Gesundheitswesen in das Strafgesetzbuch eingeführt, sondern auch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gestärkt. Mit dem Gesetz wird der GKV-Spitzenverband

verpflichtet, Bestimmungen zur einheitlichen und koordinierten Tätigkeit dieser Stellen zu treffen.

Schließlich wurde auf Grundlage aktueller Hinweise und Erkenntnisse über Betrugspraktiken von der Bundesregierung ein Maßnahmenpaket zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug erarbeitet, das im Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), den das Bundeskabinett am 28. Juni 2016 beschlossen hat, enthalten ist.

1. Seit wann haben nach Kenntnis der Bundesregierung welche staatlichen bzw. im öffentlichen Auftrag tätigen Institutionen Kenntnis von dem jetzt bekannt gewordenen organisierten Betrug oder organisierter Kriminalität in der Pflege erhalten?

Die Bundesregierung haben in den letzten Jahren immer wieder Erkenntnisse und Informationen zum Thema Betrug im Gesundheitswesen und in der Pflege erreicht, beispielsweise über die Kranken- und Pflegekassen, die gesetzlich vorgeschriebenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, über nachgeordnete Behörden oder über die Bundesländer. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse und Informationen wurden bereits zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um Abrechnungsbetrug und sonstiges Fehlverhalten von Akteuren im Gesundheitswesen so weit wie möglich zu unterbinden (siehe dazu auch die Antwort zu Frage 3). Der in der Medienberichterstattung zitierte Bericht des Bundeskriminalamtes (BKA) wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 22. April 2016 durch das Bundesministerium des Innern (BMI) übermittelt. Das BKA beschäftigte sich aus eigener Veranlassung von Januar bis Juni 2015 mit der Thematik „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch sog. russische Pflegedienste“ im Rahmen einer kriminalpolizeilichen Auswertung. Ein interner Bericht dazu wurde am 15. Oktober 2015 finalisiert.

2. Wann und aus welchen Anlässen hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung Europol zum Betrug in der Pflege geäußert (Nordwest-Zeitung, 18. April 2016, Der Tagesspiegel, 18. April 2016)?

   In welchen anderen europäischen Ländern ist es nach Kenntnis der Bundesregierung zu vergleichbaren Betrugsfällen in der Pflege gekommen?

   In welchem Ausmaß sind skandinavische Länder betroffen?

   In welchem Ausmaß sind (europaweit) private Träger und in welchem Ausmaß öffentliche oder freigemeinnützige Träger betroffen?

Europol hat im Jahr 2015 den Bericht „EXPLORING TOMORROW'S ORGANISED CRIME“ veröffentlicht. Hierin wird u. a. das Thema „Pflege und Organisierte Kriminalität (OK)“ aufgeführt. Informationen zu einzelnen Ländern oder zu einem internationalen Vergleich sind dem Bericht nicht zu entnehmen. Auch der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über das länder- oder trägerspezifische Ausmaß von Betrugsfällen in der ambulanten Pflege vor.

3. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass der Berliner Bezirksstadtrat Stephan von Dassel „schon vor zwei Jahren an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung geschrieben“ und dabei auf diese Probleme hingewiesen, aber „‘nie eine Antwort‘“ erhalten hat (Berliner Zeitung, 20. April 2016)?

   Falls nein, welchen Inhalt hatte die Antwort der Bundesregierung an Stephan von Dassel, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seitdem ergriffen?

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, wurde insbesondere zum Verdacht organisierten Pflegebetruges in einem Schreiben vom 26. Mai 2014 zum Sachstand in Berlin-Mitte über etwa 150 Anzeigen gegen Pflegedienste wegen Betruges sowie zahlreiche bereits vom zuständigen Landeskriminalamt an die Staatsanwaltschaft übergebene Fälle informiert. In seinem Antwortschreiben vom 30. Juni 2014 bedankte sich Staatssekretär Laumann für diese Hintergrundinformationen und stellte klar, dass Missbrauch und unsachgemäßem oder betrügerischem Verhalten entschieden begegnet werden müsse. Insoweit begrüßte er, dass entsprechende Fälle bereits den zuständigen Behörden zur Verfolgung übergeben wurden und – wie vom Berliner Sozialstadtrat seinerzeit dargestellt – ein weiterführender Austausch der Beteiligten dazu stattfindet. Der Staatssekretär kündigte weiterhin an, die Informationen systematisch auszuwerten und die sich daraus ergebenden Hinweise für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Qualitätsmängeln hat der Gesetzgeber in der Folge mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) zum 1. Januar 2016 auch aufgrund dieser Hinweise klare Regelungen geschaffen, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen künftig besser vor kriminellem Handeln zu schützen:

- Zum einen können Anlassprüfungen – bei Anzeichen von Qualitätsmängeln, Betrug etc. – auch in der ambulanten Pflege durch den MDK , den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen wieder unangemeldet durchgeführt werden (§ 114a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI).
- Zum zweiten wurde die bisher bereits bestehende Möglichkeit, die Abrechnungen zu prüfen, in eine Pflichtaufgabe des MDK , des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen umgewandelt, die bei allen Regelprüfungen zu erfolgen hat (§ 114 Absatz 2 Satz 6 SGB XI).

Schon das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) hat zum 1. Januar 2015 die Nachweispflicht für die Kostenerstattung in der Verhinderungspflege (§ 39 Absatz 1 SGB XI) verschärft. Außerdem wurden mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zum 28. Dezember 2012 im SGB XI die Vorschriften zur Zusammenarbeit und zum Datenaustausch zwischen Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfeträgern in Betrugsfällen/bei Fehlverhalten neu geregelt. Dadurch dürfen personenbezogene Daten untereinander ausgetauscht werden, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist (§ 47a SGB XI).

4. Wie viele Fälle davon sind nach Kenntnis der Bundesregierung dem Bereich des organisierten Betrugs bzw. der organisierten Kriminalität zuzuordnen?

   Wie grenzt sich nach Kenntnis der Bundesregierung organisierter Betrug von organisierter Kriminalität ab?

Nach Einschätzung des BKA handelt es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russische Pflegedienste um einen Tatbestand, der insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene soziale Systeme bilden, also vorwiegend in Regionen mit einem hohen Bevölkerungsanteil an russischsprachigen oder -stämmigen Personen. Teilweise nutzen einige Pflegedienste das Pflegesystem strukturiert und organisiert betrügerisch zur Maximierung ihrer Gewinne aus. In Einzelfällen liegen im Zusammenhang mit Investitionen in russische ambulante Pflegedienste Hinweise auf eine OK-Relevanz vor. Dem BKA sind zwei Ermittlungsverfahren bekannt, die im Zusammenhang mit Abrechnungsbetrug durch russische Pflegedienste als OK-Verfahren gekennzeichnet sind. Die Ermittlungen werden durch Länderbehörden geführt. Ausreichende polizeiliche Erkenntnisse, die einen Rückschluss auf eine generelle OK-Relevanz des Phänomens erlauben, liegen dem BKA jedoch nicht vor.

Organisierte Kriminalität liegt vor, wenn die Kriterien der OK-Definition (Gemeinsame Arbeitsgruppe Justiz/Polizei, 1990/RiStBV 1991) erfüllt sind.

5. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen seit Einführung der Pflegeversicherung gegen Pflegeeinrichtungen wegen des Verdachts auf (einfachen) Betrug oder des Verdachts des organisierten Betrugs bzw. der organisierten Kriminalität ermittelt wurde oder wird, und in wie vielen Fällen kam es zu Verurteilungen?

   Wie verteilen sich die Fälle und das Schadensvolumen nach Gliederung der Trägerschaft (privat, freigemeinnützig, öffentlich)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten über Ermittlungen oder Verurteilungen gegen Pflegeeinrichtungen wegen „des Verdachts auf (einfachen) Betrug oder des Verdachts des organisierten Betrugs bzw. der organisierten Kriminalität“ seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 vor.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wird nicht nach einzelnen Leistungserbringergruppen oder der jeweiligen Trägerschaft differenziert. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 13 und 14 verwiesen.

6. Wie viele ambulante Pflegedienste gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bundesweit, die sich auf die Pflege schwerstkranker Intensivpatientinnen und Intensivpatienten spezialisiert haben, und wie viele solcher Patientinnen und Patienten werden ambulant versorgt (bitte nach Bundesländern auflisten, bitte nach privater und öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft aufschlüsseln)?

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2013 gibt es bundesweit 12 745 ambulant tätige Pflegedienste; hiervon erbringen 12 378 (7 856 in privater, 4 343 in freigemeinnütziger und 179 in öffentlicher Trägerschaft) auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) und Haushaltshilfe nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Es ist von schätzungsweise 200 bis 300 bundesweit ambulant tätigen Pflegediensten auszugehen, die nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die Krankenkassen und keine Pflegesachleistungen für die Pflegekassen erbringen.

Belastbare Angaben zu der Anzahl der ambulanten Pflegedienste, die sich auf die Pflege schwerstkranker Intensivpatientinnen und Intensivpatienten spezialisiert haben, und zu der Anzahl der von diesen Pflegediensten versorgten Patientinnen und Patienten sowie zur Verteilung dieser Pflegedienste bzw. dieser Patientinnen und Patienten nach Bundesländern und nach unterschiedlicher Trägerschaft liegen der Bundesregierung nicht vor.

7. Welche Strategien verfolgt die Bundesregierung zur Vermeidung von Pflegebetrug, und wie beurteilt die Bundesregierung die Wirksamkeit einer Rückführung von Pflegeeinrichtungen in nichtkommerzielle Trägerschaft als Instrument, um Anreize für betrügerisches Handeln zu reduzieren?

Hierzu wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Der aktuelle Entwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes enthält ein Maßnahmenpaket zum Thema Abrechnungsbetrug. So sollen zukünftig auch ambulante Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der HKP erbringen, systematischen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen unterzogen werden. Gleichzeitig sollen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung Instrumente der Qualitätsprüfung weiterentwickelt sowie bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte die Option einer Abrechnungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen oder durch von diesen bestellte Sachverständige neu eingeführt werden. Darüber hinaus soll die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern gesetzlich verpflichtet werden, in den Landesrahmenverträgen insbesondere Regelungen zu den konkreten Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung zu treffen, durch die effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter vorgegangen werden kann.

Mit der Zuständigkeit für Polizei und Staatsanwaltschaften liegt ein wichtiger Bereich der Betrugsbekämpfung im Hoheitsbereich der Bundesländer. Das Bundesministerium für Gesundheit hat darum gebeten, dass dieses Thema auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder behandelt wird.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über einen Zusammenhang von Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen und betrügerischem Verhalten vor.

8. In welchem Maße sind nach Auffassung der Bundesregierung verstärkte Kontrollen, verdeckte Ermittler, Hausdurchsuchungen und das Androhen höherer Strafen geeignet, um Anreize für betrügerisches Handeln weitgehend zu eliminieren (bitte begründen)?

Kontrollen von Pflegeeinrichtungen sind aus Sicht der Bundesregierung ein zielführendes Instrument zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von betrügerischem Handeln. Aus diesem Grund wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt, dass Anlassprüfungen auch im ambulanten Bereich grundsätzlich unangemeldet vom MDK sowie dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen durchgeführt werden können und bei den jährlich stattfindenden Regelprüfungen obligatorisch auch eine Abrechnungsprüfung stattzufinden hat. Im Jahr 2013 wurden laut viertem Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) mehr als 12 000 Prüfungen im stationären Bereich und mehr als 11 000 Prüfungen im ambulanten Bereich durchgeführt. Mit den im Entwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes vorgesehenen gesetzlichen Änderungen sollen systematische Prüfungen der Qualität und der ordnungsgemäßen Abrechnung bei Leistungen für die häusliche Krankenpflege in das SGB V eingeführt und die bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB XI weiterentwickelt werden.

Aus strafprozessualer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass Ermittlungsmaßnahmen wie der Einsatz verdeckter Ermittler und Hausdurchsuchungen in Betracht kommen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen und die Maßnahmen erforderlich sind, um Straftaten nachweisen zu können. Voraussetzung ist unter anderem immer ein konkreter Verdacht. Die Maßnahmen dienen nicht der Abschreckung oder der Prävention. Die Anordnung solcher Ermittlungsmaßnahmen im jeweiligen Strafverfahren liegt im Ermessen der zuständigen Justizbehörden der Bundesländer. Dabei sind die Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit und Geeignetheit der Maßnahmen in jedem Einzelfall zu beachten.

Die Bundesregierung hält den in § 263 des Strafgesetzbuchs (StGB) angedrohten Strafrahmen für angemessen und ausreichend. Betrug im Sinne des § 263 Absatz 1 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe geahndet. In besonders schweren Fällen des Betrugs nach § 263 Absatz 3 StGB kommt eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren in Betracht. Bei einem Pflegebetrug kann beispielsweise ein besonders schwerer Fall des Betrugs grundsätzlich in Betracht gezogen werden, da die Täter in der Regel gewerbsmäßig handeln (§ 263 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 1. Alt. StGB). Sofern die Täter den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Betrugsstraftaten verbunden haben, gewerbsmäßig begehen, kommt nach § 263 Absatz 5 StGB eine Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren in Betracht.

Eine Androhung höherer Strafen erscheint aus Sicht der Bundesregierung daher nicht erforderlich, um Anreize für betrügerisches Handeln weitergehend zu bekämpfen. Das gilt umso mehr, als Forschungserkenntnisse ernstliche Zweifel daran begründen, dass von der Androhung möglichst hoher Strafen eine abschreckende Wirkung ausgeht. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen wird sich ein planender Täter vielmehr von einer hohen Entdeckungs- und Sanktionswahrscheinlichkeit, nicht aber von der abstrakten Höhe der angedrohten Strafe abschrecken lassen. Affekttäter wägen die Folgen ihrer Tat überhaupt nicht ab.

9. Welche Maßnahmen entwickelt oder prüft die Bundesregierung, und in welcher Weise unterstützt sie folgende Vorschläge:

   a) die bisher papierbasierte Dokumentation der Pflegeleistungen bundeseinheitlich auf eine digitale umzustellen,

Pflegedienste können zur Abrechnung mit Pflegekassen maschinenlesbare Unterlagen einreichen, auch als standardisierte Papierbelege. Die Regelung zum Datenträgeraustausch ermöglicht bereits jetzt eine nicht papiergebundene elektronische Abrechnung mit Ausnahme der für die Abrechnung beizufügenden Leistungsnachweise. Die Bundesregierung prüft derzeit eine gesetzliche Regelung für die Einführung elektronischer Leistungsnachweise.

   b) eine personelle und finanzielle Stärkung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen,

Der MDK ist in Form von regionalen Arbeitsgemeinschaften der Kranken- und Pflegekassen organisiert und wird von diesen über eine Umlage finanziert. Über Fragen des Haushalts und des Personals entscheiden die gewählten Verwaltungsräte der 15 Medizinischen Dienste.

   c) intensivere Kontrollen im Bereich ambulanter Leistungen,

Hierzu wird auf die Antworten zu den Fragen 7 und 8 verwiesen.

d) verstärkte Kontrollen bei Ärztinnen und Ärzten, die die von organisiertem Betrug betroffenen Leistungen verordnen,

Die Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege richtet sich nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Voraussetzung ist demnach, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt vom Zustand des oder der Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Außerdem hat sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Die Richtlinien des G-BA sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verbindlich. Es obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten zu überwachen und Verstöße angemessen zu ahnden. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

e) eine Stärkung der zuständigen Staatsanwaltschaften bzw. die Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften,

Die Einrichtung von deliktsspezifischen Schwerpunktstaatsanwaltschaften ist nach § 143 Absatz 4 des Gerichtsverfassungsgesetzes (GVG) möglich. Bei Schwerpunktstaatsanwaltschaften wird die örtliche Zuständigkeit für bestimmte Arten von Strafsachen auf eine bestimmte Staatsanwaltschaft konzentriert. Die Einrichtung von Sonderdezernaten ist innerhalb der Organisationsstruktur der Staatsanwaltschaften möglich (§ 144 GVG). Hier wird innerhalb der örtlich zuständigen Staatsanwaltschaften die sachliche Zuständigkeit für unterschiedliche Deliktsbereiche gebündelt.

Die Entscheidung, ob die Einrichtung von Sonderdezernaten oder Schwerpunktstaatsanwaltschaften sinnvoll ist, obliegt den Ländern. Das BMG hat gegenüber den Ländern die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Betrugsdelikte im Gesundheitswesen und in der Pflege angeregt und wird sich im Rahmen der 89. Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni 2016 erneut dafür aussprechen.

f) den Einsatz von verdeckten Ermittlern,

Hierbei handelt es sich um eine strafprozessuale Maßnahme, deren Anordnung im Ermessen der zuständigen Justizbehörden der Bundesländer im jeweiligen Strafverfahren liegt. Bei der Anordnung sind die Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit und Geeignetheit der Maßnahmen in jedem Einzelfall zu beachten. Eine grundsätzliche Aussage kann somit nicht getroffen werden.

g) die Verschärfung des Strafrechts?

Es wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

10. Welche weiteren Maßnahmen werden von der Bundesregierung derzeit geplant oder erwogen?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

11. Von welchen Kostenabschätzungen geht die Bundesregierung für die derzeit geplanten erweiterten Maßnahmen aus (bitte begründen, falls keine Kostenabschätzungen vorgenommen wurden)?

Der zusätzliche Erfüllungsaufwand für die Prüfungen des MDK im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (HKP) nach dem SGB V beziffert sich für die MDK auf rund 655 000 Euro jährlich. Dieses ergibt sich aus den Kosten einer Prüfung (Personal- und Sachkosten) multipliziert mit der angenommenen Fallzahl. Die Prüfungen werden über die mitgliederbezogene Umlage (§ 281 SGB V) von den Krankenkassen finanziert.

Bezüglich der geplanten Änderung im SGB XI, die vorsieht, dass Abrechnungsprüfungen auch unabhängig von den Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen oder durch von diesen bestellte Sachverständige durchgeführt werden können, erfolgt keine Kostenabschätzung der Bundesregierung. Denn hierbei handelt es sich um eine „Kann-Regelung“, also keine kostenwirksame Verpflichtung für die Beteiligten.

Die Verpflichtung der Pflegeselbstverwaltung, in den Landesrahmenverträgen das Nähere zu den konkreten Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung zu regeln, führt für die Landesverbände der Pflegekassen sowie für die Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen schätzungsweise bundesweit zu einem einmaligen Umstellungsaufwand von rund 156 000 Euro.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung die Option, zumindest die ambulante Versorgung besonders schutzbedürftiger, schwerstkranker Intensivpatientinnen und Intensivpatienten ausschließlich freigemeinnützig oder in öffentlicher Hand zu organisieren?

In der Sozialen Pflegeversicherung gilt der Grundsatz der Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen (§ 11 SGB XI). Das Nebeneinander von öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Trägern ist wichtig, um dauerhaft für die Pflegebedürftigen sowohl die Wahlmöglichkeiten zu fördern als auch die Wirtschaftlichkeit durch einen effektiven Wettbewerb zu sichern. Das Zulassungsrecht der Pflegeversicherung folgt dieser grundsätzlichen Ausrichtung.

13. Wie viele Ermittlungsverfahren und Verurteilungen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung wegen fahrlässiger Tötung (DIE WELT, 18. April 2016) in den letzten zehn Jahren in der ambulanten Pflege (bitte nach Bundesländern und Jahren auflisten)?

In wie vielen Fällen wurde ermittelt?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu Ermittlungsverfahren und Verurteilungen wegen fahrlässiger Tötung in der ambulanten Pflege vor.

Die vom Statistischen Bundesamt jährlich, zuletzt für das Jahr 2014 herausgegebene Strafverfolgungsstatistik (Fachserie 10 Reihe 3), weist lediglich die insgesamt wegen fahrlässiger Tötung und (schwerwiegender Fälle von) Betrug Abgeurteilten und Verurteilten aus (vgl. Tabelle 2.1). Eine – für die Beantwortung der Fragen erforderliche – weitere Differenzierung nach besonderen, z. B. tatbezogenen Attributen wie das der ambulanten Pflege, erfolgt nicht. Rückschlüsse darauf, ob und gegebenenfalls welcher Anteil der Taten einen Bezug zur ambulanten Pflege aufweisen, sind nicht, auch nicht näherungsweise, möglich. Entsprechendes gilt für die vom Statistischen Bundesamt jährlich, zuletzt für das Jahr 2014 herausgegebene StA-Statistik (Fachserie 10 Reihe 2.6), soweit sie Strafsachen mit dem Sachgebiet „Betrug und Untreue“ ausweist (vgl. Tabelle 3.4.1).

14. Wie viele Ermittlungsverfahren und Verurteilungen gab es wegen Abrechnungsbetrug in den letzten zehn Jahren in der ambulanten Pflege (bitte nach Bundesländern und Jahren auflisten)?

    In wie vielen Fällen wurde ermittelt?

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) werden unter der Schlüsselnummer 518110 die Fälle von „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ erfasst. Eine weitere Aufschlüsselung nach „Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“ erfolgt nicht. Die Strafverfolgungsstatistik (Fachserie 10 Reihe 3) weist lediglich die insgesamt wegen (schwerwiegender Fälle von) Betrug Abgeurteilten und Verurteilten aus. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 13 verwiesen. Entsprechendes gilt für die vom Statistischen Bundesamt jährlich, zuletzt für das Jahr 2014 herausgegebene StA-Statistik (Fachserie 10 Reihe 2.6), soweit sie Strafsachen mit dem Sachgebiet „Betrug und Untreue“ ausweist (vgl. Tabelle 3.4.1). Die Frage nach Ermittlungsverfahren und Verurteilungen wegen Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege kann daher nicht beantwortet werden.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 197a Absatz 5 SGB V hat der GKV-Spitzenverband seinen Mitgliedskassen allerdings eine freiwillige „Standardisierte Fallerfassung“ empfohlen. Laut „Standardisierter Fallerfassung“ gilt als Fall, „wenn konkret überprüfbare Anhaltspunkte zur Art des (mutmaßlichen) Fehlverhaltens (Tatbestand), zu Tatort und Tatzeitraum sowie zum Tatverdächtigen vorliegen, aufgrund derer die Stelle mit der weiteren Ermittlung und Prüfung beginnt.“ Pauschale Verdachtsmomente oder vage, nicht überprüfbare Angaben allein reichen nicht aus. Danach wurden bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Berichtszeitraum 2012/2013 insgesamt 5 719 Fälle von sog. Fehlverhalten in der Pflege gemäß §§ 197a SGB V bzw. 47a SGB XI verfolgt. Davon betrafen 3 092 Fälle den Bereich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V und 2 627 Fälle den Bereich der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Die Zusammenführung der Kennzahlen für den Berichtszeitraum 2014/2015 ist noch nicht abgeschlossen. Eine Differenzierung der Daten innerhalb der Pflegeversicherung nach ambulantem und stationärem Bereich oder nach Ländern liegt nicht vor.

Bei der Einordnung dieser Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass es im ambulanten und stationären Pflegesektor (nur SGB XI allein) geschätzt jeweils mindestens mehr als acht Millionen Abrechnungen pro Jahr gibt.

15. Wie viele Strafverfahren wegen Sozialbetrugs in der ambulanten Pflege (Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII) sind der Bundesregierung bekannt, und in welcher Höhe sind Schäden für die Kommunen entstanden (bitte einzeln und nach Bundesländern auflisten)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

16. Kann die Bundesregierung die abgegebenen Schätzungen bestätigen, nach denen sich die Höhe des entstandenen Schadens auf mittlerweile „jährlich mindestens eine Milliarde Euro“ (www.tagesschau.de/inland/pflege-betrug-bka-101.html) allein im Bereich der Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten bemisst, und hält die Bundesregierung diese Angaben für seriös?

Unabhängig von der Größenordnung muss Betrug bei der Pflege von Menschen verhindert und verfolgt werden. Die Bundesregierung kann die genannten Zahlen nicht bestätigen. Auch das BKA hat eine solche Größenordnung nicht genannt.

17. Wie viele Beschwerden von Menschen mit Pflegebedarf oder Beschäftigten in der Pflege wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bei den Pflegekassen eingereicht (bitte nach Ländern aufschlüsseln)?

Wie viele dieser Beschwerden wurden zur staatsanwaltlichen Ermittlung übergeben?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zur Anzahl von bei den Pflegekassen eingereichten „Beschwerden“ von Menschen mit Pflegebedarf oder Beschäftigten in der Pflege vor.

18. Wie viele verdachtsgestützte, unangemeldete Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nach § 114a SGB XI fanden seit Einführung dieser gesetzlichen Möglichkeit nach Kenntnis der Bundesregierung im ambulanten Bereich statt?

Seit dem 1. Januar 2016 ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Anlassprüfungen im ambulanten Bereich durch den MDK, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen unangemeldet stattfinden sollen. Für den Zeitraum seit der Einführung liegen nach Kenntnis der Bundesregierung noch keine belastbaren Daten vor. Die nächste regelhafte Veröffentlichung ist mit dem 5. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) vorgesehen.

19. Wie viele verdachtsunabhängige und verdachtsabhängige Kontrollen auf Sozialbetrug (Hilfe zur Pflege) gab es nach Kenntnis der Bundesregierung durch die Sozialämter in der ambulanten Pflege seit dem Jahr 2005 (bitte nach Bundesländern auflisten)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

20. In welchem Kostenumfang wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Leistungen abgerechnet, die nicht, nicht vollständig oder nicht in der geforderten Qualität erbracht wurden (bspw. indem kostengünstigere Hilfskräfte statt Fachkräfte eingesetzt worden sind, DIE WELT, 18. April 2016, www.welt.de/154426270)?

Für den Berichtszeitraum 2012 und 2013 haben die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §197a SGB V und 47a SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung rund 1,7 Mio. Euro und im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (GKV) rund 3,5 Mio. Euro gesicherte Forderungen festgestellt. Gesicherte Forderungen sind Ansprüche auf Rückerstattung und auf Schadensersatz, die unanfechtbar durch Urteil, Vergleich, gerichtliche und/oder außergerichtliche Einigung festgestellt wurden. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, welche Formen des Fehlverhaltens den gesicherten Forderungen zu Grunde liegen. Die Zusammenführung der Kennzahlen für den Berichtszeitraum 2014/2015 ist noch nicht abgeschlossen.

21. In welchen Bundesländern kam es nach Kenntnis der Bundesregierung zu wie vielen Fällen, in denen Landeskriminalämter „aus ihrer Sicht eindeutige Belege für Kassenbetrug im großen Stil zusammengetragen hatten“, die „Staatsanwaltschaften die Ermittlungen“ aber „teils ergebnislos“ eingestellt haben (DIE WELT, 18. April 2016)?

Der Bundesregierung sind hierzu weder die betreffenden Bundesländer noch die Anzahl möglicher Fälle bekannt. Die Durchführung der Strafverfolgung fällt grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Länder.

22. In welchen Staatsanwaltschaften gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung ausreichend personelle Kapazitäten zu Ermittlungen von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen?

    Welche Gründe sind nach Kenntnis der Bundesregierung ausschlaggebend dafür, „dass die wenigsten Staatsanwaltschaften Personen haben, die auf Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen spezialisiert sind“ (Aussage des Deutschen Städte- und Gemeindebundes in DIE WELT, 18. April 2016)?

Die Durchführung der Strafverfolgung fällt grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Länder. Dazu gehört auch die personelle Ausstattung der Staatsanwaltschaften. Dem Bund liegen dazu keine weiteren Erkenntnisse vor. Das Thema „Schwerpunkt Staatsanwaltschaften“ zum Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen soll mit den Ländern auf der Gesundheitsministerkonferenz diskutiert werden.

Hinsichtlich des Angebots an Fortbildungsveranstaltungen ist darauf hinzuweisen, dass die Deutsche Richterakademie – eine von Bund und Ländern gemeinsam getragene, überregionale Fortbildungseinrichtung für Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte aus ganz Deutschland – entsprechende Fortbildungen anbietet. So wurde in der Vergangenheit und wird 2017 z. B. eine Fortbildung zu Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen angeboten.

23. In wie vielen Fällen ist bekannt, dass bei Patientinnen und Patienten mit Bedarf an 24-Stundenpflege die vorgeschriebene Fachkraftquote und Behandlungsdauer in der ambulanten Pflege nicht eingehalten wurde, und welche Sanktionsmöglichkeiten stehen in solchen Fällen zur Verfügung?

Soweit zugelassene Pflegedienste eine 24-Stunden-Pflege anbieten, ist für den Bereich des Pflegeversicherungsrechts auf folgendes hinzuweisen: Nach § 71 SGB XI sind die Voraussetzungen für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft in einer Pflegeeinrichtung gesetzlich definiert. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 SGB XI ist neben weiteren Voraussetzungen der Abschluss einer Ausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- Altenpflegerin oder Altenpfleger erforderlich.

Bei ambulanten Pflegediensten, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten nach § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB XI auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkräfte im Sinne der Vorschrift.

Im Falle des Verdachts auf Vertragsverletzungen oder Fehlverhalten im Bereich der Pflegeversicherung können der MDK, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen unangemeldete Anlassprüfungen von ambulanten Pflegediensten durchführen. Liegen Vertragsverletzungen oder Fehlverhalten vor, stehen den Kranken- und Pflegekassen grundsätzlich Abmahnungen, Rückforderungen von abgerechneten Geldern, Meldungen an die Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen sowie Kündigung des Versorgungsvertrages als Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung. Sofern sich die gesetzlichen Regelungen zur Heimaufsicht in den Ländern auch auf ambulante Dienste erstrecken, ist abhängig vom Tatbestand auch das Tätigwerden der zuständigen Landesaufsichtsbehörden möglich.

24. Welche Schritte wurden innerhalb der letzten zwölf Monate auf Bundes- und Landesebene zur Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften und spezialisierten Ermittlungsteams ergriffen (Aussage von K. Lauterbach, Nordwest-Zeitung, 18. April 2016)?

    Sind diese bislang eingeleiteten Schritte nach Ansicht der Bundesregierung angemessen?

Die Entscheidung, ob die Einrichtung von Sonderdezernaten, Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder spezialisierten Ermittlungsteams sinnvoll ist, obliegt den Ländern. Es wird auf die Antwort zu Frage 9e verwiesen.

25. Wann ist ein Unternehmen bzw. eine Pflegeeinrichtung im juristischen Sinne als „russisch“ klassifizierbar?

    Welche Gründe führten nach Kenntnis der Bundesregierung dazu, dass ein Großteil der von den Betrugsverdachtsfällen betroffenen Pflegedienste in der Presse als „russisch“ oder „russischstämmig“ gekennzeichnet wurden?

Das BKA beschäftigte sich von Januar bis Juni 2015 mit der Thematik „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch sog. russische Pflegedienste“ im Rahmen einer kriminalpolizeilichen Auswertung. Mit der Bezeichnung „russisch“ sind dabei jene Pflegedienste gemeint, die mehrheitlich von Personen aus Russland oder aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion geführt werden. Hintergrund der Befassung mit der Thematik durch das BKA waren entsprechende Hinweise von Polizeidienststellen zu Ermittlungsverfahren im genannten Phänomenbereich.

26. Sind nach Kenntnis der Bundesregierung Gelder aus Betrügereien im Bereich der Altenpflege nach Russland geflossen?

    Wenn ja, in welcher Höhe?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Die Ermittlungszuständigkeit liegt in den Ländern.

27. Wurde seitens deutscher Stellen vor diesem Hintergrund die Zusammenarbeit mit russischen oder anderen ausländischen Behörden gesucht?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über den Umfang der Zusammenarbeit mit russischen Behörden in Ermittlungsverfahren wegen Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen. In die Auswertung des BKA wurden nationale Informationen einbezogen.

28. Gegen welche private Berliner Pflegeschule besteht nach Kenntnis der Bundesregierung der Verdacht, gefälschte Bescheinigungen ausgestellt zu haben (Hannoversche Allgemeine Zeitung, 18. April 2016)?

    Was wurde in diesen (möglicherweise gefälschten) Papieren nach Kenntnis der Bundesregierung bescheinigt?

    Sind derartige Vorkommnisse nach Kenntnis der Bundesregierung noch in anderen Pflegeschulen sowie in Schulen in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft vorgekommen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Zu Fragen nach derartigen Vorkommnissen wird auf die zuständigen Staatsanwaltschaften in den Bundesländern verwiesen.

29. Mit welcher Begründung lehnte die Bundesregierung den Vorschlag des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen im Pflegestärkungsgesetz II ab, in den § 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI, Anlassprüfungen in ambulanten Pflegediensten auch ohne begründeten Verdacht unangekündigt zuzulassen?

Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde durch Einfügung eines zweiten Halbsatzes in § 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI klargestellt, dass Anlassprüfungen des MDK bei ambulanten Pflegediensten immer unangemeldet durchgeführt werden sollen. Damit hat der Gesetzgeber dem Vorschlag der schriftlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. auf Ausschuss-Drucksache 18(14)0131(2) vom 24. September 2015, S. 15., entsprochen.

30. Welche Regelungen gelten für die Kontrolle der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, und teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass eine Kontrolle im Rahmen der häuslichen Krankenpflege derzeit nicht möglich sei (wenn ja, bitte begründen)?

Die Krankenkassen sind nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Darüber hinaus haben die Krankenkassen nach § 275 Absatz 2 Nummer 4 SGB V durch den MDK prüfen zu lassen, ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Absatz 1 SGB V). Ferner wird im Rahmen der Regelprüfungen nach § 114 Absatz 2 Satz 5 SGB XI auch die Qualität der Leistungen der häuslichen Krankenpflege geprüft. Insoweit ist im Einzelfall bereits eine Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den MDK möglich. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

31. Welche Regelungen hält die Bundesregierung für erforderlich, um bei Anlassprüfungen im ambulanten Bereich das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung zu wahren?

Die derzeitige Regelung in § 114a Absatz 2 Satz 4 SGB XI berücksichtigt die Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes (GG). Bei Regel- wie auch bei Anlassprüfungen von Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege können der MDK, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten

Sachverständigen auch in der Wohnung des Pflegebedürftigen Prüfungen vornehmen. Hierzu muss jedoch die Einwilligung des Pflegebedürftigen und im Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit die Einwilligung eines hierzu Berechtigten vorliegen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass weitere Regelungen hierzu nicht erforderlich sind.

Bei Anlassprüfungen von stationären Pflegeeinrichtungen dürfen die Gutachterinnen und Gutachter des MDK nach § 114a Absatz 2 Satz 3 SGB XI Räume, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, ohne deren Einwilligung nur betreten, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist. Soweit ambulante Pflegedienste die Versorgung von Intensivpflegepatienten in einer durch einen Pflegedienst oder Dritten organisierten Wohneinheit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für die Krankenkassen erbringen, ist aufgrund der Ähnlichkeit der Struktur, Art und Intensität der Leistungserbringung mit der Leistungserbringung in stationären Einrichtungen in dem Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vorgesehen, dass bezüglich der Betretensrechte des MDK bei der Prüfung solcher ambulanter Pflegedienste die Vorgaben gelten sollen, die für die Prüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen nach § 114a SGB XI anzuwenden sind.

32. Gelten stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie ambulante Wohnformen nach § 38a SGB XI als Häuslichkeit und unterliegen demzufolge dem Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung?

Ambulante Wohnformen nach § 38a SGB XI sind davon geprägt, dass sie von Personen in „einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung“ bewohnt werden. Auch wenn eine Versorgung der Bewohner erfolgt, bleibt der Charakter als Wohnung im Sinne des Artikels 13 GG unberührt.

Bei stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen handelt es sich ebenfalls um Räume, die dem Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung unterliegen.

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333